

NE_GERICHTE CDP.2016.143 vom 16. Januar 2015

NE Tribunal cantonal, 2015-01-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2016.143_d20150116

FR: NE_GERICHTE CDP.2016.143 du 16 janvier 2015

IT: NE_GERICHTE CDP.2016.143 del 16 gennaio 2015

Regeste

Annulation d'une affiliation à l'assurance-maladie (séjour en vue de suivre un traitement médical) et restitution de prestations versées au fournisseur de prestations (tiers payant).

Erwägungen

E. 1

al. 1 OAMal (ATF 129 V 79cons. 5.1 et la référence; arrêt du TF du 25.08.2006 [K 138/05]cons. 2).

c) Faisant usage de la délégation de compétence prévue à l'article 3 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral a excepté de l'obligation de s'assurer les personnes qui séjournent en Suisse dans le seul but de suivre un traitement médical ou une cure (art. 2 al. 1 let. b OAMal). Il ne s'agit pas à proprement parler d'une exception à l'obligation de s'assurer, mais d'une exclusion du droit à l'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire : les personnes qui séjournent en Suisse en vue de s'y faire soigner n'ont pas le droit de s'affilier à l'assurance des soins obligatoire (arrêt du TF du 08.04.2008 [9C_217/2007]cons. 3 et les références).

Cette disposition concerne d'abord les personnes qui séjournent en Suisse en vue de s'y soumettre à un traitement avec l'intention de regagner leur domicile à l'étranger. En tant qu'il prévoit une exception à la règle générale de l'article 3 al. 1 LAMal, l'article 2 al. 1 let. b OAMal vise également les personnes qui séjournent exclusivement en Suisse pour suivre un traitement ou une cure et y prennent domicile à cette fin. Ces personnes, qui devraient en principe être soumises à l'obligation d'assurance en raison de leur domicile en Suisse, sont exclues de l'assurance obligatoire des soins parce que leur intention de s'établir dans ce pays est principalement fondée sur celle de se faire soigner aux frais de l'assurance des soins obligatoire. Il s'agit d'éviter qu'une personne qui se constituerait un domicile (ou alléguerait un domicile) en Suisse, respectivement obtiendrait (ou prétendrait avoir obtenu) une autorisation de séjour de la police des étrangers dans ce but soit affiliée à l'assurance des soins obligatoire (arrêt du TF du 08.04.2008 [9C_217/2007]cons. 5.2.1 et les références).

Le but de l'article 2 al. 1 let. b OAMal est d'empêcher qu'une personne qui entre en Suisse exclusivement en vue de suivre un traitement ou une cure soit assurée à l'assurance des soins obligatoire, même si elle y prend domicile à cette fin. Le séjour au sens de l'article 2 al. 1 let. b OAMal doit être considéré comme intervenant dans le seul but de suivre un traitement médical ou une cure lorsque d'autres motifs que le but thérapeutique n'auraient pas suffi en eux-mêmes à constituer un domicile au sens des articles 23 ss CC (arrêt du TF du 08.04.2008 [9C_217/2007]cons. 5.2.2 et les références). Ce qui est déterminant, c'est le but poursuivi par le séjour, la résidence ou le domicile en Suisse. Tant que la raison exclusive en est le traitement médical (ou la cure), respectivement tant qu'il n'existe pas un autre but qui justifierait à lui seul la constitution d'un domicile en Suisse, l'intéressé est

exclu de l'assurance obligatoire des soins. Savoir si une personne venue en Suisse dans le seul but de s'y faire soigner est exclue "à vie" de l'affiliation à l'assurance-maladie sociale dépend donc essentiellement du but poursuivi par la création du domicile en Suisse. Dès lors que s'ajoutent au but thérapeutique une ou plusieurs autres raisons qui justifieraient la constitution d'un domicile en Suisse, l'article 2 al. 1 let. b OAMal n'est pas ou plus applicable (arrêt du TF du 08.04.2008 [9C_217/2007] cons. 5.2.2). Le Tribunal fédéral a en effet précisé que même lorsque le séjour initial (permis de séjour humanitaire de courte durée) avait pour but un traitement médical d'un enfant, la constitution ultérieure d'un domicile par sa famille intervenue également pour d'autres motifs que le besoin de traitement médical (attaches en Suisse, notamment prise d'un emploi du père), le séjour en Suisse ne pouvait plus être considéré comme exclusivement motivé par le but de traitement au sens de l'article 2 al. 1 let. b OAMal à partir du moment où l'intention de s'établir en Suisse pour d'autres motifs que le besoin de traitement de l'enfant était reconnaissable aux yeux de tiers par des éléments objectifs (arrêt du TF du 08.04.2008 [9C_217/2007]).

3. En l'espèce, la question déterminante à résoudre est celle de savoir si le séjour de la défunte avait pour seul but de suivre un traitement médical au sens de l'article 2 al. 1 let. b OAMal. Les parties concordent désormais sur le fait que l'entrée en Suisse était destinée à une visite familiale. Il n'est en outre pas contesté que la demande de permis de séjour a été déposée par la suite dans un but thérapeutique.

La Cour de cassation a récemment jugé, dans une affaire similaire, que ce qui était déterminant n'était pas le but de l'entrée en Suisse (visite familiale) mais le but du séjour ayant ultérieurement impliqué l'obtention d'un permis L (traitement médical) demandé par la suite. On doit en effet comprendre de l'arrêt du Tribunal fédéral du 08.04.2008 [9C_217/2007] que l'article 2 al. 1 let. b OAMal vise non seulement à empêcher que les personnes qui entrent en Suisse exclusivement en vue de suivre un traitement ou une cure puissent être affiliées à l'assurance des soins obligatoire (cons. 5.2.2) mais également à éviter que des personnes qui obtiennent une autorisation de séjour dans ce but le soient (cons. 5.2.1), même si elles sont entrées en Suisse pour d'autres motifs. L'octroi d'une autorisation de séjour en vue d'un traitement médical s'oppose ainsi à une affiliation à l'assurance-maladie obligatoire puisque l'article 2 al. 1 let. b OAMal vise précisément à éviter cette situation.

En l'espèce, hormis le fait que la défunte n'était plus au bénéfice d'aucun titre de séjour après l'expiration de son visa le 16 avril 2015, la situation est similaire au cas précité. S'il n'est plus contesté que l'intéressée n'est pas entrée en Suisse en vue d'y suivre un traitement médical, il n'en demeure pas moins que le permis de séjour a bien été sollicité, au plus tard le 14 avril 2015, dans ce but. Cela ressort en effet d'une attestation médicale du 20 mars 2015 du Dr B., cardiologue, faisant mention d'une intervention chirurgicale vitale prévue pour le 21 avril 2015 nécessitant la prolongation de son visa pour son séjour en Suisse, d'un courrier du 14 avril 2015 du Service des migrations à X. faisant suite à une demande de séjour pour traitement médical ainsi que de la "déclaration de prise en charge hors séjours touristiques et séjours pour études" signée le 29 avril 2015 mentionnant comme motif du séjour des problèmes de santé.

Par ailleurs, aucun élément du dossier ■ et X. n'allègue pas qu'il y en ait ■ ne permet de retenir qu'il existait d'autres motifs que le traitement médical suffisants en eux-mêmes à constituer un domicile selon les articles 23 ss CC, de sorte que le séjour de la défunte est intervenu dans le seul but de suivre un traitement médical au sens de l'article 2 al. 1 let. b

OAMal. Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'intéressée a été exclue de l'assurance-maladie obligatoire.

Au demeurant, l'arrêt du Tribunal fédéral du 2 juin 1999 [K 160/98] auquel se réfère X ne lui est d'aucun secours dans la mesure où il concerne l'affiliation d'un ressortissant étranger, entré en Suisse pour des raisons professionnelles et y ayant régulièrement séjourné pour ce motif, au bénéfice d'un permis de séjour Loctroyé pour des raisons importantes fondé sur l'article 36 de l'Ordonnance limitant le nombre des étrangers [OLE] (en vigueur jusqu'au 31.12.2007) et non pour un traitement médical (art. 33 OLE) (cf. ATF 129 V 77 cons. 5.3; Eugster, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, 3ème éd., 2016, p. 420-421 n 38). Or c'est uniquement pour ce motif que l'intéressée avait sollicité une autorisation de séjour. Il s'ensuit qu'en tant qu'elle concerne l'annulation rétroactive de l'affiliation à l'assurance-maladie, la décision attaquée peut être confirmée.

4.a) Reste encore à vérifier si c'est à juste titre que l'intimée réclame à l'hoirie de la défunte le paiement d'un montant de 11'122.10 francs, versé directement au Centre hospitalier D. par Assura en tant que tiers payant, conformément à l'article 42 al. 2 LAMal. Selon le système du tiers payant, l'assureur s'acquitte de sa prestation envers l'assuré en devenant le débiteur direct de la facture du prestataire de soins, en lieu et place de l'assuré (cf. ATF 132 V 18 cons. 5.2 et pour plus de détails à ce sujet : ATF 141 V 546 cons. 5.2 et 5.3 et les références).

En principe, c'est le destinataire de la prestation versée indûment qui est débiteur de l'obligation de restituer. En matière d'assurance-maladie, le débiteur de cette obligation est l'assuré concerné même si le paiement a été effectué ■ comme en l'espèce ■ en mains du prestataire de soins, en l'occurrence l'établissement hospitalier (arrêt du TF du 12.03.2004 [K 147/03] cons. 6. 2 non publié in ATF 130 V 318 et les références; Kieser, ATSG-Kommentar, 2015, no 33 ad art. 25). C'est donc à juste titre que l'intimée a réclamé à l'hoirie de la défunte la restitution des prestations directement versées au Centre hospitalier D. pour les hospitalisations du 27 au 30 avril 2015 ainsi que du 7 au 15 mai 2015.

b) Dans la mesure où le litige consiste en une restitution de prestations LAMal versées à tort opposant un assureur social et un assuré, l'article 25 LPGA est applicable. Aux termes de l'alinéa 1 1ère phrase de cette disposition, auquel renvoie l'article 1 al. 1 LAMal, les prestations indûment touchées doivent être restituées. Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation (art. 25 al. 2 1ère phrase LPGA). Nonobstant la terminologie légale, il s'agit de délais (relatif et absolu) de péremption qui doivent être examinés d'office (arrêt du TF du 05.11.2013 [2C_180/2013] cons. 5.2 et les références). L'obligation de restituer suppose que soient réunies les conditions d'une reconsidération (caractère sans nul doute erroné de la décision, importance notable de la rectification) ou d'une révision procédurale de la décision ■ formelle ou non ■ par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 cons. 5.2 et 130 V 384 cons. 2.3.1).

En l'occurrence, lorsque la décision de restitution a été rendue, le 15 décembre 2015, le versement des prestations en cause, intervenu le 11 décembre 2015, n'avait pas encore acquis force de chose jugée. Or dans un tel cas, il n'est pas nécessaire de disposer d'un motif

de révision, de reconsidération ou de révision procédurale pour réclamer la restitution des prestations versées (arrêt du TF du 22.01.2010 [9C_564/2009] cons. 6.4 et les références). Au demeurant, la décision de restitution du 15 décembre 2015 respecte clairement le délai de péremption d'une année puisque celui-ci n'a commencé à courir qu'avec le versement des prestations (arrêt du TF du 09.11.2012 [9C_473/2012] cons. 3 et les références), également intervenu le 11 décembre 2015. Quant au montant réclamé en restitution, non contesté, celui-ci correspond au paiement effectué par Assura au Centre hospitalier D. selon le décompte de prestations du 11 décembre 2015 envoyé à l'hoirie pour les hospitalisations de la défunte entre le 27 avril 2015 et le 15 mai 2015. La décision attaquée peut donc également être confirmée s'agissant de la restitution.

5. Mal fondé, le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité. Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA). Vu le sort de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.

2. Statue sans frais.

3. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 11 mai 2017

1 Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.

2 Le Conseil fédéral peut excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes, notamment les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités visées à l'art. 2, al. 2, de la loi du 22 juin 2007 sur l'Etat hôte 1.2

3 Il peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui:

a. exercent une activité en Suisse ou y séjournent habituellement (art. 13, al. 2, LPGA 4);

b. sont occupées à l'étranger par une entreprise ayant un siège en Suisse.

4 L'obligation de s'assurer est suspendue pour les personnes soumises à la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM) 5 pour plus de 60 jours consécutifs. Le Conseil fédéral règle la procédure. 6

1 RS 192.122 Nouvelle teneur selon le ch. II 11 de l'annexe à la LF du 22 juin 2007 sur l'Etat hôte, en vigueur depuis le 1er janv. 2008 (RO 20076637; FF 20067603). 3 Nouvelle teneur selon le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1er janv. 2003 (RO 20023371; FF 1991 III 181 888, 1994 V 897, 1999 4 168). 4 RS 830.15 RS 833.16 Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1er janv. 2001 (RO 20002305; FF 1999 727).

1 Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'art. 22, al. 1, LPGA 2, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations. 3

2Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). En cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'al. 1, est le débiteur de sa part de rémunération.⁴

3Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur. En cas de traitement hospitalier, l'hôpital atteste la part du canton et celle de l'assureur de manière séparée. Le Conseil fédéral règle les détails.⁵

3bisLes fournisseurs de prestations doivent faire figurer dans la facture au sens de l'al. 3 les diagnostics et les procédures sous forme codée, conformément aux classifications contenues dans l'édition suisse correspondante publiée par le département compétent. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.⁶

4L'assureur peut exiger des renseignements supplémentaires d'ordre médical.⁷

5Le fournisseur de prestations est fondé lorsque les circonstances l'exigent, ou astreint dans tous les cas, si l'assuré le demande, à ne fournir les indications d'ordre médical qu'au médecin-conseil de l'assureur, conformément à l'art. 57.

6En dérogation à l'art. 29, al. 2, LPGA, aucune formule n'est nécessaire pour faire valoir le droit aux prestations.⁸

1Introduit par le ch. I de la LF du 8 oct. 2004 (Stratégie globale, compensation des risques), en vigueur depuis le 1erjanv. 2005 (RO20051071;FF20044019).2RS830.13Phrase introduite par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1erjanv. 2003 (RO20023371; FF1991III 181 888,1994V 897,19994168).4Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1erjanv. 2009 (RO20082049;FF20045207).5Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1erjanv. 2009 (RO20082049;FF20045207).6Introduit par le ch. I de la LF du 23 déc. 2011, en vigueur depuis le 1erjanv. 2013 (RO20124085;FF201167936801).7Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 23 déc. 2011, en vigueur depuis le 1erjanv. 2013 (RO20124085;FF201167936801).8Introduit par le ch. 11 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la LPGA, en vigueur depuis le 1erjanv. 2003 (RO20023371; FF1991III 181 888,1994V 897,19994168).

1Sont exceptés de l'obligation de s'assurer:

a.1les agents de la Confédération, en exercice ou retraités, qui sont soumis à l'assurance militaire en vertu de l'art. 1a, al. 1, let. b, ch. 1 à 7, et de l'art.

E. 2

de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM)²;

b. les personnes qui séjournent en Suisse dans le seul but de suivre un traitement médical ou une cure;

c.3les personnes qui, en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes⁴et de son annexe II, de l'Accord AELE⁵, de son annexe K et de l'appendice 2 de l'annexe K ou d'une

convention sur la sécurité sociale, sont soumises aux dispositions légales d'un autre Etat parce qu'elles exercent une activité lucrative dans cet Etat;

d.6les personnes qui, parce qu'elles perçoivent une prestation d'une assurance-chômage étrangère en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes et de son annexe II ou de l'Accord AELE, de son annexe K et de l'appendice 2 de l'annexe K, sont assujetties aux dispositions légales d'un autre Etat;

e.7les personnes qui n'ont pas droit à une rente suisse, mais qui, en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes et de son annexe II, ont droit à une rente d'un Etat membre de l'Union européenne ou qui, en vertu de l'Accord AELE, de son annexe K et de l'appendice 2 de l'annexe K, ont droit à une rente islandaise ou norvégienne;

f.8les personnes qui sont assurées en tant que membres de la famille des personnes mentionnées aux let. c, d ou e, auprès de l'assurance-maladie étrangère de ces dernières et qui soit ont droit à l'entraide en matière de prestations, soit bénéficient d'une couverture équivalente pour les traitements en Suisse;

g.9les personnes qui sont assurées en tant que membres de la famille de personnes auprès de l'assurance-maladie étrangère de ces dernières et qui ont droit à l'entraide en matière de prestations.

2Sont exceptées sur requête les personnes qui sont obligatoirement assurées contre la maladie en vertu du droit d'un Etat avec lequel il n'existe pas de réglementation sur la délimitation de l'obligation de s'assurer, dans la mesure où l'assujettissement à l'assurance suisse signifierait une double charge et pour autant qu'elles bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires.¹⁰

311

4Sont exceptées sur requête les personnes qui séjournent en Suisse dans le cadre d'une formation ou d'un perfectionnement, telles que les étudiants, les écoliers et les stagiaires, ainsi que les membres de leur famille au sens de l'art. 3, al. 2, qui les accompagnent, pour autant que, pendant toute la durée de validité de l'exception, ils bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse.¹²La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'autorité cantonale compétente peut excepter ces personnes de l'obligation de s'assurer pour trois années au plus. Sur requête, l'exception peut être prolongée pour trois autres années au plus. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières.¹³

4bis¹⁴

5Sont exceptés sur requête les travailleurs détachés en Suisse qui sont exemptés de l'obligation de payer les cotisations de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI) en vertu d'une convention internationale de sécurité sociale, ainsi que les membres de leur famille au sens de l'art. 3, al. 2, lorsque leur employeur s'engage à ce que, pendant toute la durée de validité de l'exception, au moins les prestations prévues par la LAMal soient assurées pour les traitements en Suisse. Cette disposition est applicable par analogie aux autres personnes exemptées de l'obligation de payer des cotisations de l'AVS/AI par une autorisation exceptionnelle prévue dans une convention internationale en

cas de séjour temporaire en Suisse. L'intéressé ou son employeur ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception.¹⁵

6Sont exceptées sur requête les personnes qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, pour autant qu'elles puissent être exceptées de l'obligation de s'assurer en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes et de son annexe II et qu'elles prouvent qu'elles bénéficient dans l'Etat de résidence et lors d'un séjour dans un autre Etat membre de l'Union européenne et en Suisse d'une couverture en cas de maladie.¹⁶

7Sont exceptées sur requête les personnes qui disposent d'une autorisation de séjour pour personnes sans activité lucrative conformément à l'Accord sur la libre circulation des personnes et à l'Accord AELE, pour autant que, pendant toute la durée de validité de l'exception, elles bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières.¹⁷

8Sont exceptées sur requête les personnes dont l'adhésion à l'assurance suisse engendrerait une nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais et qui, en raison de leur âge et/ou de leur état de santé, ne pourraient pas conclure une assurance complémentaire ayant la même étendue ou ne pourraient le faire qu'à des conditions difficilement acceptables. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières.¹⁸

1Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 sept. 2002, en vigueur depuis le 1erjanv. 2003 (RO20023908).2RS833.13Introduite par le ch. I de l'O du 22 mai 2002, en vigueur depuis le 1erjuin 2002 (RO20021633).4RS0.142.112.6815RS0.632.316Introduite par le ch. I de l'O du 22 mai 2002, en vigueur depuis le 1erjuin 2002 (RO20021633).7Introduite par le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO20021633). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 2 nov. 2011, en vigueur depuis le 1eravr. 2012 (RO2012955).8Introduite par le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO20021633). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1erjanv. 2004 (RO20033249).9Introduite par le ch. I de l'O du 6 juin 2003, en vigueur depuis le 1erjanv. 2004 (RO20033249).10Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002, en vigueur depuis le 1erjuin 2002 (RO20021633).11Abrogé par le ch. I de l'O du 22 mai 2002, avec effet 1erjuin 2002 (RO20021633).12Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du

E. 3

En l'espèce, la question déterminante à résoudre est celle de savoir si le séjour de la défunte avait pour seul but de suivre un traitement médical au sens de l'article 2 al. 1 let. b OAMal . Les parties concordent désormais sur le fait que l'entrée en Suisse était destinée à une visite familiale. Il n'est en outre pas contesté que la demande de permis de séjour a été déposée par la suite dans un but thérapeutique. La Cour de céans a récemment jugé, dans une affaire similaire, que ce qui était déterminant n'était pas le but de l'entrée en Suisse (visite familiale) mais le but du séjour ayant ultérieurement impliqué l'obtention d'un permis L (traitement médical) demandé par la suite. On doit en effet comprendre de l'arrêt du Tribunal fédéral du 08.04.2008 [9C_217/2007] que l'article 2 al. 1 let. b OAMal vise non seulement à empêcher que les personnes qui entrent en Suisse exclusivement en vue de suivre un traitement ou une cure puissent être affiliées à l'assurance des soins obligatoire (cons. 5.2.2) mais également à éviter que les personnes qui obtiennent une autorisation de

séjour dans ce but le soient (cons. 5.2.1), même si elles sont entrées en Suisse pour d'autres motifs. L'octroi d'une autorisation de séjour en vue d'un traitement médical s'oppose ainsi à une affiliation à l'assurance-maladie obligatoire puisque l'article 2 al. 1 let. b OAMal vise précisément à éviter cette situation. En l'espèce, hormis le fait que la défunte n'était plus au bénéfice d'aucun titre de séjour après l'échéance de son visa le 16 avril 2015, la situation est similaire au cas précité. Si l'il n'est plus contesté que l'intéressée n'est pas entrée en Suisse en vue d'y suivre un traitement médical, il n'en demeure pas moins que le permis de séjour a bien été sollicité, au plus tard le 14 avril 2015, dans ce but. Cela ressort en effet d'une attestation médicale du 20 mars 2015 du Dr B., cardiologue, faisant mention d'une intervention chirurgicale vitale prévue pour le 21 avril 2015 nécessitant la prolongation de son visa pour son séjour en Suisse, d'un courrier du 14 avril 2015 du Service des migrations à X. faisant suite à une demande de séjour pour traitement médical ainsi que de la "déclaration de prise en charge hors séjour touristiques et séjours pour études" signée le 29 avril 2015 mentionnant comme motif du séjour des problèmes de santé. Par ailleurs, aucun élément du dossier – et X. n'allègue pas qu'il y en ait – ne permet de retenir qu'il existait d'autres motifs que le traitement médical suffisants en eux-mêmes à constituer un domicile selon les articles 23 ss CC, de sorte que le séjour de la défunte est intervenu dans le seul but de suivre un traitement médical au sens de l'article 2 al. 1 let. b OAMal. Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'intéressée a été exclue de l'assurance-maladie obligatoire. Au demeurant, l'arrêt du Tribunal fédéral du 2 juin 1999 [K 160/98] auquel se réfère X. ne lui est d'aucun secours dans la mesure où il concerne l'affiliation d'un ressortissant étranger, entré en Suisse pour des raisons professionnelles et y ayant régulièrement séjourné pour ce motif, au bénéfice d'un permis de séjour L octroyé pour des raisons importantes fondé sur l'article 36 de l'Ordonnance limitant le nombre des étrangers [OLE] (en vigueur jusqu'au 31.12.2007) et non pour un traitement médical (art. 33 OLE) (cf. ATF 129 V 77 cons. 5.3; Eugster, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, 3ème éd., 2016, p. 420-421 n 38). Or c'est uniquement pour ce motif que l'intéressée avait sollicité une autorisation de séjour. Il s'ensuit qu'en tant qu'elle concerne l'annulation rétroactive de l'affiliation à l'assurance-maladie, la décision attaquée peut être confirmée.

E. 4

a) Reste encore à vérifier si c'est à juste titre que l'intimée réclame à l'hoirie de la défunte le paiement d'un montant de 11'122.10 francs, versé directement au Centre hospitalier D. par Assura en tant que tiers payant, conformément à l'article 42 al. 2 LAMal. Selon le système du tiers payant, l'assureur s'acquitte de sa prestation envers l'assuré en devenant le débiteur direct de la facture du prestataire de soins, en lieu et place de l'assuré (cf. ATF 132 V 18 cons. 5.2 et pour plus de détails à ce sujet : ATF 141 V 546 cons. 5.2 et 5.3 et les références). En principe, c'est le destinataire de la prestation versée indûment qui est débiteur de l'obligation de restituer. En matière d'assurance-maladie, le débiteur de cette obligation est l'assuré concerné même si le paiement a été effectué – comme en l'espèce – en mains du prestataire de soins, en l'occurrence l'établissement hospitalier (arrêt du TF du 12.03.2004 [K 147/03] cons. 6. 2 non publié in ATF 130 V 318 et les références; Kieser, ATSG-Kommentar, 2015, no 33 ad art. 25). C'est donc à juste titre que l'intimée a réclamé à l'hoirie de la défunte la restitution des prestations directement versées au Centre hospitalier D. pour les hospitalisations du 27 au 30 avril 2015 ainsi que du 7 au 15 mai 2015.

b) Dans la mesure où le litige consiste en une restitution de prestations LAMal versées à tort opposant un assureur social et un assuré, l'article 25 LPGa est applicable. Aux termes

de l'alinéa 1 1^{ère} phrase de cette disposition, auquel renvoie l'article 1 al. 1 LAMal, les prestations indûment touchées doivent être restituées. Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation (art. 25 al. 2 1^{re} phrase LPGA). Nonobstant la terminologie légale, il s'agit de délais (relatif et absolu) de péremption qui doivent être examinés d'office (arrêt du TF du 05.11.2013 [2C_180/2013] cons. 5.2 et les références). L'obligation de restituer suppose que soient réunies les conditions d'une reconsidération (caractère sans nul doute erroné de la décision, importance notable de la rectification) ou d'une révision procédurale de la décision – formelle ou non – par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 cons. 5.2 et 130 V 384 cons. 2.3.1). En l'occurrence, lorsque la décision de restitution a été rendue, le 15 décembre 2015, le versement des prestations en cause, intervenu le 11 décembre 2015, n'avait pas encore acquis force de chose jugée. Or dans un tel cas, il n'est pas nécessaire de disposer d'un motif de révision, de reconsidération ou de révision procédurale pour réclamer la restitution des prestations versées (arrêt du TF du 22.01.2010 [9C_564/2009] cons. 6.4 et les références). Au demeurant, la décision de restitution du 15 décembre 2015 respecte clairement le délai de péremption d'une année puisque celui-ci n'a commencé à courir qu'avec le versement des prestations (arrêt du TF du 09.11.2012 [9C_473/2012] cons. 3 et les références), également intervenu le 11 décembre 2015. Quant au montant réclamé en restitution, non contesté, celui-ci correspond au paiement effectué par Assura au Centre hospitalier D. selon le décompte de prestations du 11 décembre 2015 envoyé à l'hoirie pour les hospitalisations de la défunte entre le 27 avril 2015 et le 15 mai 2015. La décision attaquée peut donc également être confirmée s'agissant de la restitution.

E. 5

Mal fondé, le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité. Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA). Vu le sort de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA).

E. 6

juin 2003, en vigueur depuis le 1er janv. 2004 (RO20033249).¹³ Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996 (RO19963139). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 juil. 2001, en vigueur depuis le 1er juin 2002 (RO2002915).¹⁴ Introduit par le ch. I de l'O du 3 juil. 2001, en vigueur depuis le 1er juin 2002 (RO2002915). Abrogé par le ch. I de l'O du 29 nov. 2013, avec effet au 1er janv. 2014 (RO20134523). Voir aussi les disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.¹⁵ Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1er janv. 1997 (RO19963139).¹⁶ Introduit par le ch. I de l'O du 3 juil. 2001 (RO2002915). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 2 nov. 2011, en vigueur depuis le 1er avr. 2012 (RO2012955).¹⁷ Introduit par le ch. I de l'O du 3 juil. 2001 (RO2002915). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002, en vigueur depuis le 1er juin 2002 (RO20021633).¹⁸ Introduit par le ch. I de l'O du 3 juil. 2001, en vigueur depuis le 1er juin 2002 (RO2002915).

¹ Les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile.

² Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai

de prescription plus long, celui-ci est déterminant.

3Le remboursement de cotisations payées en trop peut être demandé. Le droit s'éteint une année après que le cotisant a eu connaissance de ses paiements trop élevés, mais au plus tard cinq ans après la fin de l'année civile au cours de laquelle les cotisations ont été payées.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.